

# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Eovi-Mcd mutuelle – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN n° 317 442 176

Produit : Contrat de sortie CMU-C



**Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.**

## De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française.

Le contrat de sortie CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) est proposé pour une durée d'un an, à compter de l'échéance du contrat CMU-C, aux personnes n'ouvrant plus droit au bénéfice de la CMU-C. Le contrat de sortie CMU-C bénéficie d'une tarification encadrée par la réglementation.



## Qu'est-ce qui est assuré ?


Les montants des prestations sont soumis à des **plafonds** qui figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

### LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Médecine – Pharmacie - Soins courants** : honoraires des praticiens et des auxiliaires médicaux, médicaments à service médical rendu (SMR) important, modéré ou faible, préparations magistrales, médicaments homéopathiques et préparations homéopathiques, orthopédie, analyses et examens de laboratoires prescrits, prothèses auditives, pansements, accessoires, petit appareillage, frais de transport
- ✓ **Dentaire** : honoraires des chirurgiens-dentistes, prothèses dentaires
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres remboursés par la Sécurité sociale), lentilles remboursées par la Sécurité sociale
- ✓ **Bien être** : cures thermales (avec hospitalisation ou libre : honoraires médicaux et frais d'hydrothérapie, d'hébergement et de transport)
- ✓ **Hospitalisation** : frais d'hospitalisation, forfait journalier hospitalier,

### LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ MEDECINDIRECT : Consultation médicale à distance
- ✓ Ateliers prévention santé
- ✓ Fonds d'action sociale

Les garanties précédées d'une  sont systématiquement prévues au contrat.



## Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Le remboursement des dépenses de soins pour les personnes résidant à l'étranger non couvertes par la Sécurité sociale.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.



## Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

### PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins.
- ! Les remboursements qui découlent d'un événement caractérisant un cas de force majeure.

### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique** : remboursement limité à 2 verres et 1 monture par période de prise en charge de 1 an sauf pour les enfants de moins de 6 ans et dans le cas de certaines pathologies.
- ! **Forfait** : pour les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale, les lunettes, les prothèses auditives, l'orthopédie, les pansements, les accessoires et le petit appareillage, des forfaits de prise en charge sont accordés. Le montant de ces forfaits sont fixés par arrêté.
- ! **Fonds d'action sociale** : voir conditions dans le règlement interne de la commission action sociale



## Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Pour les prestations réalisées à l'étranger (actes, soins, séjours, honoraires, transports, locations ou achats de produits,...), Eovi Mcd mutuelle intervient en complément d'une prise en charge effective du régime français de Sécurité sociale au titre des "soins à l'étranger".



## Quelles sont mes obligations ?

### Sous peine de suspension des garanties

#### A l'adhésion :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle.
- Fournir les pièces justificatives nécessaires à l'adhésion et notamment le justificatif de la caisse d'Assurance maladie pour tous les assurés.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

#### En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- S'acquitter des cotisations dues (ou fraction de cotisation) indiquées au contrat.
- Signaler à la Mutuelle tout changement concernant l'état civil, le domicile ou la situation familiale.
- En cas de modification de garantie, faire la demande au plus tard le 31 décembre pour une prise d'effet au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

#### Pour le versement des prestations :

- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins.
- Fournir tous les justificatifs nécessaires aux remboursements des prestations.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au bulletin d'adhésion. Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel). Le fractionnement au mois n'est autorisé que pour le paiement par prélèvements automatiques. Les paiements peuvent être effectués par chèque, prélèvement automatique ou en ligne (sous certaines conditions). Le paiement en espèces est autorisé uniquement sous la forme de mandat compte.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le bulletin d'adhésion précise la date d'effet de l'adhésion qui ne peut être rétroactive. L'adhésion prend effet au plus tôt le jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion.

En cas de contrat conclu à distance, vous disposez d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet, ou à compter du jour où il reçoit les documents d'adhésion (si cette date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion).

Le contrat est conclu pour une durée d'un an sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés par le Règlement Mutualiste.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat à la date d'échéance du contrat, en nous adressant une lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux (2) mois avant cette date.

A titre exceptionnel, l'adhésion peut prendre fin en cours d'année en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.

Par ailleurs, si vous apportez la preuve qu'un accord d'entreprise, une convention collective ou une décision unilatérale de l'employeur impose son affiliation obligatoire à un autre organisme, la résiliation peut devenir effective au premier jour du mois qui suit la réception de la lettre recommandée accompagnée de l'attestation de l'employeur.